

熊本学園大学 機関リポジトリ

# ドイツにおける認知症ケアの展開 : 2008年介護改革

著者	荒牧 弥生
雑誌名	社会関係研究
巻	16
号	2
ページ	25-58
発行年	2011-03-26
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1113/00000500/">http://id.nii.ac.jp/1113/00000500/</a>

# ドイツにおける認知症ケアの展開

## —2008年介護改革—

荒 牧 弥 生

### 要 旨

2008年7月、ドイツでは認知症ケアの改善に重点をおき、法整備を含めた2008年介護改革（以下、「改革」と略記）が行われた。「改革」はケアの現場においてどのように具体化されているのか。ケア現場での現状と「改革」に対する意見を中心に、「改革」の進展を検証する。

本稿ではまず連邦政府が取りまとめた報告書をもとに、ドイツの高齢者施設における認知症ケアの実態を論じる。次に、「改革」の背景と概要について、特に認知症ケア関連施策を中心に述べる。さらに高齢者施設と在宅における「改革」後の認知症ケアの現状を、各機関へのインタビュー調査結果をもとにまとめる。本稿では、「改革」後1～2年目の認知症ケア現場が抱える課題について明らかにした上で、「改革」について考察することを目的とする。

### はじめに

#### I 認知症ケアの現状と提言

- 1 「連邦報告書」概要
- 2 「連邦報告書」からみる認知症ケアの現状
- 3 「連邦報告書」の提言への考察

#### II 2008年ドイツ介護改革の背景と概要

- 1 1995年公的介護保険法施行
  - (1) 要介護認定と受給者数
  - (2) 介護保険給付の種類と財政収支

- (3) 2002年公的介護保険法改正
- 2 2008年介護改革における認知症ケア関連施策
  - (1) 介護給付額の段階的引き上げ
  - (2) 世話アシスタントの導入
  - (3) 在宅介護支援の強化
  - (4) 施設ケアにおける質及び透明性の強化
- Ⅲ 高齢者施設における「改革」後の認知症ケアの現状
  - 1 「改革」へのケア現場の評価
  - 2 世話アシスタントの専門性
    - (1) 世話アシスタントの役割と現状
    - (2) 世話アシスタント配置への考察
- Ⅳ 在宅における認知症ケアの支援
  - 1 家族支援施策
  - 2 介護支援拠点の機能
  - 3 介護支援拠点に対する考察

おわりに

## はじめに

日本の高齢化率は2005年に21.0%に達し、他国に例をみない急激な速さで超高齢化社会をむかえた。2010年度の高齢化率は23.1%<sup>1</sup>となり、65歳以上の第一号被保険者2,897万人に対する要介護者の割合は17%、実数としては約491.7万人が、要介護認定者である<sup>2</sup>。わが国では、介護を必要としている人々が自由にサービスを選択し、介護に必要な財源を社会全体で負担する仕組みとして、2000年に介護保険法が施行された。この介護保険制度は1994年に制定されたドイツの「公的介護保険法」(Soziale Pflegeversicherung)を参考としている。ドイツ連邦統計局<sup>3</sup>によると2007年ドイツの人口は8,222万人で、65歳以上人口は1,652万人、高齢化率は、日本、イタリアに次ぐ世界第3位の20.1%である<sup>4</sup>。2009年時点で介護保険給付を受給している要介

護者は224万人、在宅154万人、施設70万人という結果が出ている。ドイツの介護保険制度を参考にして作られたわが国の介護保険制度だが、ドイツの介護保険給付には年齢制限がなく、また、在宅生活を送っている要介護者に、現物給付だけでなく金銭給付などを選択できる点など、制度内容は大きく異なる。

最近では、両国共に、制度面での高齢者施策の改革が行われていると同時に、認知症の人々へのケアが大きな注目を浴びている。日本での認知症の人々は200万人。ドイツでは110万人であり2030年には170万人に上るといわれている<sup>5</sup>。認知症の人々へ質の高いケアを提供できるよう両国では様々な取り組みがなされており、本研究においてはドイツでの展開に注視したい。

1995年に実施されたドイツの公的介護保険法は、2001年に「介護の質保障法」(Pflege-Qualitätssicherungsgesetz)が制定され翌年施行。そして介護給付の増額やケースマネジメントの導入、保険料率引き上げや認知症ケアの改善などを内容とする介護発展法(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)と名づけられた改正法案が、2008年3月にドイツ連邦議会で可決され7月から施行された。様々な改正が行われたわけだが、本稿ではこの介護発展法は2008年介護改革(以下、「改革」と略記)と呼ばれているが、その「改革」と併せて高齢者施設および在宅における認知症ケア関連の改正法について考察することを目的とする。

本稿は上記の課題を、資料・文献の検討と2009年および2010年でのドイツ現地調査での「改革」の検証に依拠している。

## I 認知症ケアの現状と提言

### 1 「連邦報告書」概要

「ドイツ連邦家庭・高齢者・婦人・青年省の研究プロジェクト」は、2007年11月「施設介護での自立的な生活をめぐる可能性と限界～よい実践の事例・認知症と家族～<sup>6</sup>」についての報告書を提出した。この報告書では2006年3月から翌2007年1月までに、無作為抽出法によって選ばれた609の高齢

者施設から任意抽出により58施設に絞って行われた施設調査を元に、施設ケアの実態と生活の質に関する報告がまとめられている。この報告書が提出された8ヶ月後、「改革」が行われており、この報告書が少なからず認知症ケア関連の改革に影響を与えたことは間違いない。ドイツの高齢者施設における認知症ケアについてこの報告書をもとに明らかにし、連邦政府の政策の方向性を考察する。

## 2 「連邦報告書」からみる認知症ケアの現状

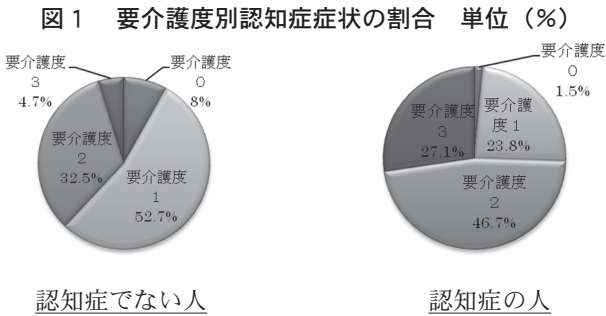
任意抽出によって選出された58施設の施設規模は、50人から100人定員の中規模施設が4割をしめ、小規模・大規模施設についてはそれぞれ3割である。運営主体では、公益的六福祉団体<sup>7</sup>を中心とした非営利組織が6割を占め、営利組織3割、行政組織1割と続いている。施設所在地については中心部・中心部周辺・郊外と3割前後であり、結果が偏ることなく任意抽出されていた。施設の形態・コンセプトについては、ドイツでは認知症の人とそうでない人を共に同じ空間でケアを行う「統合型」と、認知症の人とそうでない人を分けケアを行う「分離型」に分けられる。表1から分かるように、50人以下の小規模施設ほど、統合型の施設コンセプトを持つ施設が多いが、各施設とも将来的には分離型を目指し計画を立てているところが多い。

表1 施設における施設形態・コンセプト 単位 (%)

		小規模施設	中規模施設	大規模施設
現在の施設コンセプト				
統合型	56.9 (33)	76.5	45.8	52.9
統合型と部分的分離型	17.2 (10)	17.6	16.7	17.6
統合型と分離型	25.9 (15)	5.9	37.5	29.4
今後の計画予定				
部分的分離型	34.5 (20)	35.7	25.0	47.1
分離型	10.0 (2)	-	-	25.0
	90.0 (18)	100	100	75.0

(注) (資料) Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 「Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen—Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für “Good Practice” —」 2007/11

次に要介護度別の認知症でない人と認知症の人の割合を示したのが図1のグラフである。要介護度0、要介護度1の人はほとんど認知症症状が見られていない。認知症の人は要介護度の判定が高くなる傾向がある。日常生活において認知症が進行していくことで、具体的にどれほどの介助が必要であるかということが次の表2「軽度認知症の人と重度認知症の人の日常生活における困難事」でわかる。



(注) (資料) 表1に同じ、筆者グラフ作成

表2 軽度認知症の人と重度認知症の人の日常生活における困難事 単位 (%)

		軽度認知症の人	重度認知症の人
食事	不可能	13.1	51.8
	自立または一部介助	86.5	48.1
洗身	不可能	90.4	98.7
	自立または一部介助	9.6	1.3
トイレでの排泄	不可能	39.7	77.7
	自立または一部介助	60.3	22.3
衣服着脱	不可能	50.4	83.5
	自立または一部介助	49.6	16.5
歩行力	介助なしで50m歩けない	42.8	62.8
寝たきり	日中ベッド以外で過ごす時間が1時間未満	7.6	18.8
失禁	便失禁	59.4	88.6
	尿失禁	79.6	94.3

(注) (資料) 表1に同じ、一部抜粋

軽度認知症の人と重度認知症の人を比較した場合、食事・排泄・衣服着脱の面で不可能である方が多く、大きな差があり、重度になるほどスタッフの介助なしでは生活できないことが分かる。洗身・入浴に関しては、認知症の軽度重度に限らず、不可能と答えた施設が9割以上であった。

認知症と診断された場合、具体的に、どういった個別症状が出現するのかを調査した結果が、次の表3「認知症症状の有無で比較した個別症状」である。

表3 認知症症状の有無で比較した個別症状 単位 (%)

過去4週間における出現した症状	認知症でない人	認知症の人
うつ症状	37.1	38.9
興奮・攻撃	18.0	36.7
無関心	10.7	32.8
神経過敏・不安定	32.7	32.7
恐怖	14.2	21.8
過食	10.0	21.1
睡眠障害	16.5	19.9
妄想	13.1	19.6
幻覚	5.3	16.1
抑圧	12.0	15.9
逸脱行為	3.3	14.6
高揚・多幸症	4.1	5.3

(注) (資料) 表1に同じ

過去4週間の日々の生活において出現した症状を12項目の中から複数回答にて答えている。認知症の人とそうでない人との個別症状において大きな差があるのが、興奮・攻撃性、無関心、恐怖、幻覚、逸脱行為などである。興奮や攻撃性といった認知症の陽性症状と、無関心といった陰性症状、過食や幻覚、逸脱行為等も認知症の典型的な周辺症状であり認知症介護における対応の難しさがあげられる。一方、うつ症状や神経過敏・不安定、高揚・多幸症はあまり変わらない。これらは認知症の有無にかかわらず、一般的な高齢期に見受けられる症状であると思われる。

次は身体拘束に関する調査報告である。ドイツでは、「自由の制限措置」

と呼ばれるものであり、①ベッド格子の取り付け、②薬剤による沈静化、③固定化、④閉鎖的な宿舎の必要性、といった拘束を行う際は、裁判所の認可が必要である。今回の調査ではその中でもベッド格子の取り付けと固定化に対する 表4「運動と自由の制限：調査前の直近4週間での認知症と非認知症との比較」である。

表4 運動と自由の制限：調査前の直近4週間での認知症と非認知症との比較  
単位（％）

	認知症でない人	認知症の人
ベッド柵の取り付け 時々又は頻繁に施行 (どんな場合か)	18.1	49.0
本人の希望	79.4	29.2
裁判所の認可取得	13.9	46.2
裁判所の認可未取得	4.4	21.4
裁判所の認可申請中	1.2	1.5
申告なし	1.2	1.7
ベルト・とめ具取り付け 時々又は頻繁に施行 (「はい」の場合事前に)	1.3	9.2
裁判所の認可取得	38.9	82.2
裁判所の認可未取得	50.0	14.0
申告なし	11.1	3.8

(注) (資料) 表1に同じ

表の項目を見た際、裁判所の認可取得とは、裁判所の「自由な制限措置」認可が下りていることを表す。裁判所の認可未取得とは、裁判所に申請したものの申請した時点では認可が下りなかったものをさす。認知症の人の場合、およそ半数の49%の人がベッド柵固定で拘束されている。ベルト固定ととめ具固定は認知症の人の場合、およそ9.2%の人が該当している。ドイツでは裁判所の認可がない限り、行ってはならないとなっているが、実態報告では認可なしでの「自由の制限措置」が行われていることがわかる。裁判所の認可が下りなかった場合や申告なしでの施行がそれにあたる。特に、認知



症の人で認可未取得でのベッド柵固定の施行は21%にのぼっている。そうした未認可での「自由の制限措置」を行っている施設が存在するのが現状だ。



写真1 四方を囲んだベッド柵固定



写真2 ベルト固定している認知症の人

2枚の写真は実際に訪問した施設で行われていたベッド柵固定とベルト固定をされた認知症の人の写真である。日本でよく見られる4点柵のベッドはあまり見られず、ドイツではこの2点で柵を取り付けるタイプのベッドが多かった。日中、ベッド柵固定は行わず、勤務者の少ない夜間のみ使用している施設も多くあった。ベルト固定されている認知症の人は、急な立ち上がりによる転倒骨折の危険があるため、ということで裁判所からの許可の上での固定であった。

認知症の人々のケアでは、様々な周辺症状に対し、薬物療法、心理学的療法、作業療法、行動療法、家族療法、レクリエーション療法、運動・物理療法、エルゴセラピー<sup>8</sup>、言語療法、心理療法などが行われている。それら様々な

療法と共に、アクティビティも盛んである。次の表5では、実施されているアクティビティについて認知症の有無でまとめている。

表5 最近4週間のアクティビティ：認知症の有無における比較

単位（％）

アクティビティ（週1以上、又は毎日の参加）	認知症でない人	認知症の人
催し物（お祭り、礼拝…）	37.8	21.4
家事仕事（料理…）	20.1	16.4
音楽アクティビティ（歌う、ダンスする…）	33.3	29.1
創造的なアクティビティ（工作、絵…）	20.6	14.0
娯楽的アクティビティ（朗読、ゲーム…）	34.8	31.9
知的/認知アクティビティ（記憶力、物語…）	31.1	23.3
新たなアクティビティ（10分間アクティビティ、グループパリデーション…）	18.9	26.0
感覚刺激療法（スヌーズレン、アロマセラピー、音楽療法…）	11.1	17.9
自由に過ごす	62.8	42.6
動物と触れ合う（室内/屋外にて）	16.9	11.3

（注）（資料）表1-1に同じ

認知症でない人よりも、認知症の人向けに行われているアクティビティは、「新たなアクティビティ」と「感覚刺激療法」である。認知症の人向けの特徴のあるアクティビティであり、ドイツではとても盛んに行われている。新たなアクティビティである10分間アクティビティとは、ハンカチやベ



写真3 グループパリデーション中の様子



写真4 スノーズレン療法を行う部屋の一角

ルトを活用し10分という短時間に集中して行うアクティビティのことである。他者との交流を重視するグループバリデーション<sup>9</sup>も盛んである。また、感覚刺激療法であるスノーズレン<sup>10</sup>、アロマセラピー<sup>11</sup>など、心理的安定に効果があるとされている。

### 3 「連邦報告書」の提言への考察

「報告書」をもとに認知症の人々に関わるケアの特徴を示してきたが、ここでドイツ連邦の提言を紹介する。まず、施設コンセプトは「分離型」が望ましいとしている。その理由として、分離型施設コンセプトは認知症の人々の生活状態が改善し、積極的な活動が可能であること、また喜びや悲しみといった積極的な感情表現や身体拘束を減らすことが出来るとしている。次に求められる人材については、高齢者に対する既存の専門性に加えて、認知症の人々の心理を理解し、効果的な介入を行うことの出来る老年心理学的専門性をもったスタッフが必要である、とする。特に重度の認知症の人々の混乱した気持ちは専門的ケアを行うことで軽減され、身体拘束等の依存度を引き下げていく可能性がある、と推測される。また個々人の自主性や活動性を高め、良好なコミュニケーションを行うことで、親族や友人とのつながりを強化することができる。この老年心理学的専門性を全スタッフで共有し、連携して認知症ケアを推し進めていくことが必要である、と提言している。

「報告書」における、特に認知症ケアに焦点をあてた調査結果内容を紹介

した。高齢者施設における認知症ケアの現状や提言を抽出し報告したことで、ドイツの抱える認知症ケアの問題点を浮き彫りにした。認知症の人々のケアは難しく、より高度な知識と専門性が必要であり、そのことが提言として明示されていることが大変興味深かった。また日本と同様に、身体拘束の問題はドイツにおいても大きな課題である。この報告書では、裁判所の認可なしでの身体拘束が現実として行われていることが調査によって裏づけされていた。本人の尊厳の重視よりも、施設の安全管理を尊ぶドイツ高齢者施設の現状が浮き彫りになった。この報告書が「改革」の内容にどのように反映されているかを、1995年に施行の公的介護保険制度の概要とともに、次章で論じていく。

## II 2008年ドイツ介護改革の背景と概要

### 1 1995年公的介護保険法施行

18世紀後半にイギリスから始まった産業革命は、19世紀前半にはヨーロッパ各国に広まっていった。大量生産が可能となり、近代資本主義経済の確立につながったが、その過程において都市部への人口の集中、小生産者・職人層の没落を伴い、貧困が拡大した。教会や寄付などによる従来の慈善的活動が低下し国民の社会不安は高まる中、当時の宰相ビスマルクは、社会保障制度の充実を図り、社会福祉関係立法を行った。1883年に疾病保険（Krankenversicherung）、1884年に災害保険（Unfallversicherung）、1889年に年金保険（Rentenversicherung）、1927年に失業保険（Arbeitslosenversicherung）を制定した<sup>12</sup>。ドイツでは何度も法改正を行い社会保障制度の充実を図ってきたが、1970年代後半より、増加する高齢の要介護者を医療保険や社会扶助費だけでは支える事が難しくなった。そして25年以上にわたる議論を重ねた上で1994年5月に公的介護保険法（Soziale Pflegeversicherung）が制定、1995年に施行された。社会法典第11編第一章には、公的介護保険に関する一般原則として、「自己決定と自己責任の原則」「在宅介護優先の原則」「予防・リハビリテーション優先の原則」という

三原則が記載されている。ドイツの介護保険の対象者は、肉体的・精神的な病気および障害のために日常生活<sup>13</sup>において継続的に介護（最低6ヶ月）を必要とする人であるため、要介護状態にあるものは年齢に関係なく保険給付を受けることができる。原則として、医療保険の加入者は自動的に介護保険の被保険者となり、被保険者の扶養家族もカバーされる。保険料は雇用者と被雇用者が折半して負担する。ドイツの公的介護保険制度においては、各州におかれた疾病金庫に付設された介護金庫が保険者となる。

### (1) 要介護認定と受給者数

要介護認定は各州の疾病金庫連合会が設置するMDK<sup>14</sup>の認定者が訪問審査を行い、要介護認定を決定する。MDKの審査結果を受けた介護金庫は、審査結果に基づき要介護認定を行いその結果を申請者に文書で通知する<sup>15</sup>。表6では要介護度別の介護内容と時間についてまとめている。被保険者の年齢区分はないが、20歳未満の受給者の割合はほぼ5%であるのに対して65歳以上の受給者のしめる割合は80%程度。実質的にはドイツ介護保険も高齢者介護を主たる対象者としている<sup>16</sup>。1995年の要介護者は110万人であった

表6 要介護度別介護内容

要介護度	介護の分野および頻度	介護時間
要介護1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相当程度介護を要する</li> <li>・身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、1日1回の介助と、週に何度かの家事手伝いが必要。</li> </ul>	1日最低90分介護が必要（うち基本介護が45分以上）
要介護2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重度介護を要する</li> <li>・身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、1日3回の介助と、週に何度かの家事手伝いが必要。</li> </ul>	1日最低3時間介護が必要（うち基本介護が2時間以上）
要介護3	<ul style="list-style-type: none"> <li>・非常に重度な介護を要する</li> <li>・身体的介護、栄養補給および移動の分野に関し、24時間体制の介護と、週に何度かの家事手伝いが必要。</li> </ul>	1日最低5時間介護が必要（うち基本介護が4時間以上）

（資料）田近栄治2007「ドイツから見た日本の介護保険」『健康保険61』 参考作成

が、2009年の時点で給付を受けている人は224万人、内およそ154万人が在宅で、およそ70万人が施設介護を受けている。資料表7でわかるように在宅介護を受けている人の6割は要介護1である。要介護度が上がるほど、在宅介護を選択する人は少なくなる。

表7 介護度別 在宅介護施設介護の割合（2009年）

	要介護1	要介護2	要介護3
在宅介護（154万人）	60.8%	30.3%	9.0%
施設介護（70万人）	40.8%	39.5%	19.6%

（資料）Bundesministerium für Gesundheit

## （2）介護保険給付の種類と財政収支

ドイツの介護保険の給付内容には、在宅介護給付、部分的施設介護給付、施設介護給付の3つに分けられる。在宅介護給付は、現物給付と金銭給付を組み合わせた給付の受給も可能である。また介護者に支障があった場合のための代替在宅介護などが特徴的である。介護保険施行後1995年から2009年までの介護保険財政収支の年次推移が表8である。2009年時点の介護保険の総支出額は203億ユーロであり、施設介護給付である約93億ユーロ（全支出額の45.8%）、次いで在宅の要介護者に対する金銭給付額が約44億ユーロである。2003年から給付されている追加的な世話の給付とは、認知症や精神病や精神障害など重度の長期介護を必要とする場合に給付されている。年次推移でみた場合、入所施設給付や現物給付、デイケア・ナイトケアが増加する一方、金銭給付は減少傾向にある。ドイツの介護保険は1995年1月から保険料徴収が行われ、同年4月から在宅介護給付が開始された。そして翌年7月から入所施設給付の開始、これに伴い保険料率も1.7%に引き上げられた。1990年代は黒字が続いていたが、保険料収入の伸び悩みや要介護者の増加などにより1999年を境に赤字へと転換している<sup>17</sup>。赤字続きへの対応策として、2005年1月からは子どものいない被保険者からの0.25%の追加保険料が課せられた。その結果2006年は一時的に黒字へと転換しているが2007年は再び

赤字に戻っている。2008年は介護保険改革に並行して介護保険料が1.7%から1.95%に増額されたことで再び黒字へ転換している。介護保険給付額の3年毎の段階的増額は決まっており、増額した介護保険料で増加の予想される給付額をカバーできるのかが、今後の焦点である。

表 8 介護保険財政収支の年次推移 1995年～2009年 単位：10億ユーロ

年次推移	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
収入	8.41	12.04	15.94	16.0	16.32	16.54	16.81	16.98	18.86	16.87	17.49	18.49	18.02	19.77	21.31
支出															
給付費支出	4.42	10.25	14.34	15.07	15.55	15.86	16.03	16.47	16.64	16.77	16.98	17.14	17.45	18.2	19.33
(内訳)															
金銭給付	3.04	4.44	4.32	4.28	4.24	4.18	4.11	4.18	4.11	4.08	4.05	4.02	4.03	4.24	4.47
現物給付	0.69	1.54	1.77	1.99	2.13	2.23	2.29	2.37	2.38	2.37	2.4	2.42	2.47	2.6	2.75
代替介護	0.13	0.13	0.05	0.06	0.07	0.1	0.11	0.13	0.16	0.17	0.19	0.21	0.24	0.29	0.34
デイケア・ナイトケア	0.01	0.03	0.04	0.05	0.05	0.06	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08	0.09	0.09	0.11	0.15
追加的な世話の給付	-	-	-	-	-	-	-	0	0.01	0.02	0.02	0.03	0.03	0.06	0.19
短期入所	0.05	0.09	0.1	0.11	0.12	0.14	0.15	0.16	0.16	0.2	0.21	0.23	0.24	0.27	0.31
介護者の社会保障	0.31	0.93	1.19	1.16	1.13	1.07	0.98	0.96	0.95	0.93	0.9	0.86	0.86	0.87	0.88
介護用品	0.2	0.39	0.33	0.37	0.42	0.4	0.35	0.38	0.36	0.34	0.38	0.38	0.41	0.46	0.44
施設介護		2.69	6.41	6.84	7.18	7.48	7.75	8.0	8.2	8.35	8.52	8.67	8.83	9.05	9.29
障害者入所施設		0.01	0.13	0.22	0.2	0.21	0.21	0.21	0.23	0.23	0.23	0.24	0.24	0.24	0.25
報酬附加給付														0	0.21
介護相談所														0.01	0.03
MDK運営費用	0.23	0.24	0.23	0.24	0.24	0.24	0.25	0.26	0.26	0.27	0.28	0.27	0.27	0.28	0.31
事務費	0.32	0.32	0.36	0.55	0.56	0.55	0.56	0.57	0.58	0.59	0.58	0.62	0.62	0.65	0.68
その他の支出	0	0.01	0.01	0.02	0.01	0.02	0.02	0.01	0.06	0.07	0.01	0	0	0	0
支出計	4.97	10.86	15.14	15.88	16.35	16.67	16.87	17.36	17.56	17.69	17.86	18.03	18.34	19.14	20.33
余剰	3.44	1.18	0.8	0.13		0.03	0.13	0.06	0.38	0.69	0.82	0.36	0.45	0.63	0.99
欠損															

資料：Bundesministerium für Gesundheit “Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung 1995 bis 2009”



### (3) 2002年公的介護保険法改正

公的介護保険法の実施後のドイツ国内で起こった様々な批判、特に介護の質に関して議論が行われてきた。公的介護保険試行後7年の2002年に公的介護保険法を一部改正した「介護サービス補加法」と、「介護の質保障法」が新しく成立した。そして翌年には1974年に制定された「ホーム法」が改正された。

「介護サービス補加法」(Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz)では、ボランティアによる見守りの助成、認知症高齢者への給付の上乗せ、要介護者や家族への助言や相談の拡充が進められた。具体的には認知症高齢者をはじめ知的障害者や精神障害者に対してデイケア、ナイトケアあるいは「見守り」など特定の補加的サービスを行うことを支援するもので、要介護度に関係なく年間460ユーロを給付することが定められた。

「介護の質保障法」(Pflege-Qualitätssicherungsgesetz)では、施設や在宅における介護専門者のレベルアップだけでなく、介護サービス提供者の責任の強化を始め、受給者保護の強化、MDKと施設管理者との連携の強化などを図ることを目的に掲げる。介護の質の確保策への取り組みが本格化したといわれている。

そして2003年に人間の尊厳に値する入所生活での生活を保障することを目的とし、介護施設における介護の質の確保策として「ホーム法」(Heimgesetz)の改正が施行された。この法律では、入所契約の透明化、施設に対する監督の強化、介護専門職や老人施設・障害者施設などのメンバーによる審議会等における参加の拡大、施設の管理者・MDK・介護金庫・社会扶助機関などの協力体制の強化、施設と見守りなどを受けながら暮らす住居との区分けなどが定められた<sup>18</sup>。

## 2 2008年介護改革における認知症ケア関連施策

2008年7月ドイツ政府は介護改革をスタートさせた。本節では、ドイツ連邦保健省が2008年3月に出した介護起案書<sup>19</sup>をもとに「改革」を紹介する。

「改革」では、要介護者や家族介護者たちのニーズに即し、介護の質を改善することが第一の目的である。様々な改革が行われたわけだが、本稿では認知症ケア関連の改革に焦点を絞り、以下に4つの項目、即ち①介護給付額の段階的引き上げについて、②世話アシスタント導入について、③在宅介護支援の強化について、④施設ケアにおける品質及び透明性の強化について検討する。

### (1) 介護給付額の段階的引き上げ

介護保険加入者の支払う介護保険料の増額と同時に、2012年度を目途に介護給付の段階的な上昇も行われることがきまった。介護給付増額の対象は在宅介護の場合に限られるが、高齢者施設に住む認知症の要介護者にも給付の増額が認められている。その際、要介護3のみが対象であるが、2012年度までに認知症の要介護者への介護給付額がおよそ100ユーロ段階的に増額される。また在宅介護を受けている要介護の認知症高齢者には月々のサービスとは別に年460ユーロだった重度の長期介護を必要とする場合の付加給付が、年2400ユーロの付加給付として給付されることが決まった<sup>20</sup>。認知症の要介護者に対する給付を手厚くした引き上げる結果となっている<sup>21</sup>。それぞれの給付額を2012年度までに2007年比で8～19%分を段階的に引き上げるわけだが、2015年以降は3年毎の見直しも行われることも決まっている。

表9 ドイツ介護保険の主要な給付額引き上げ（月額） 単位：ユーロ

		要介護1	要介護2	要介護3
在宅介護	現物給付	384	921	1432 *1918
	2008.7.1~	420	980	1470 *1918
	2010.1.1~	440	1040	1510 *1918
	2012.1.1~	450	1100	1550 *1918
	金銭給付	205	410	665
	2008.7.1~	215	420	675
	2010.1.1~	225	430	685
	2012.1.1~	235	440	700

代替介護	1年のうち4週間までの上限額	205*1432	410*1432	665*1432
	2008.7.1~	215*1470	420*1470	675*1470
	2010.1.1~	225*1510	430*1510	685*1510
	2012.1.1~	235*1550	440*1550	700*1550
短期介護	年額上限	1432	1432	1432
	2008.7.1~	1470	1470	1470
	2010.1.1~	1510	1510	1510
	2012.1.1~	1550	1550	1550
通所介護・夜間介護	月額上限	384	921	1432
	2008.7.1~	420	980	1470
	2010.1.1~	440	1040	1510
	2012.1.1~	450	1100	1550
重度の長期介護を必要とする場合の付加給付	月額上限	460	460	460
	2008.7.1~	2400	2400	2400
完全施設介護	包括月額	1023	1279	1432*1688
	2008.7.1~			1470*1750
	2010.1.1~			1510*1825
	2012.1.1~			1550*1918
福祉用具	包括月額	31		
補助具	90%まで支給	ただし最大25€まで		
住宅改修		2557€まで		

(資料) Bundesministerium für Gesundheit 2008 「Das bringt die Pflegereform 2008」を元に作成

\*は、2002年4月1日より認知症、精神病、精神障害などの重度で長期介護を必要とする場合に給付。

## (2) 世話アシスタントの導入

施設に居住する認知症高齢者への介護の質、とりわけ梗塞などの問題は、長い間課題とされてきた。そこで施設の認知症高齢者に対する世話の改善として、介護「報酬加算（Vergütungszuschlag）」を導入した。具体的に、相当程度のケアを必要とする入所者の付加的な世話や活動のため、介護報酬に対する給付に応じた加算を請求することができる。その要件として、入所者の付加的な世話および活動のために保険加入義務を負う「世話アシスタント（Betreuungskräfte）」の配置を取り決めた。世話アシスタントは身体介助等の直接援助は行わず、日常生活での会話やアクティビ

ティ、外出支援など、従来の人員配置では補足できなかったコミュニケーションに重点をおいた職種を担う。介護金庫によって財政的にも措置されており、経費として200万ユーロが追加的に用意されている。世話アシスタントになるための資格要件として、指定機関での160時間の研修を行った者<sup>22</sup>とある。それを終了した者の中から、高齢者施設で生活する25人の認知症高齢者につき1人の世話アシスタントがMDKから派遣される。世話アシスタントの配置は、施設スタッフの余力を生み施設での質の改善をねらいとするものである。

### (3) 在宅介護支援の強化

認知症高齢者は在宅での生活の継続を望み、現在でも施設を上回っているが、世話・介護する家族への支援が急務とされている。在宅の要介護者や家族介護者のニーズに応えた新しい制度政策として、「介護支援拠点 (Pflegestützpunkte)」の設置がある。在宅での生活を個別的にそして包括的に支援するのが狙いであり、ケースマネジメント的機能を果たすことが求められている。地方自治体ごとに一箇所ずつ設け、その地域のサービス資源の情報を集約し、個々人の相談に対して的確な判断をもって支援することを目的としている。介護支援拠点で働く人には専門的知識をもった職員が望ましいとされている。具体的な設置基準として、介護金庫及び疾病金庫が、身近な地域での加入者の相談、扶助及び世話のため、介護支援拠点を共同して設置する。介護支援拠点への助成においては、介護支援拠点一箇所当たり、4万5千ユーロの助成が行われる。また、セルフヘルプグループやボランティアグループなどの設立が並行して行われる場合は、追加的に5千ユーロの助成が行われる。ドイツ連邦保険庁は、それらの助成金を介護保険より総額6千万ユーロを上限として2011年6月末まで提供する<sup>23</sup>。

### (4) 施設ケアにおける質及び透明性の強化

介護金庫は、MDK 又は介護金庫の有識者による質の検査（「定期検査」「臨

時検査」「再検査」の3種類を行う)の実施を行う。2010年以前に少なくとも1回、2011年以降は1年に1度のペースで介護施設における検査を行う。質の検査は原則として通告なしで行われるものとし、その検査結果はインターネットなどを通じて、要介護者や家族がいつでも無料で閲覧が出来るようにする。また、MDK又は介護金庫の行った質の検査結果は施設内で良く見える場所に掲示されなければならない。質の検査の基準において認知症の人々に対するケアや身体拘束に関する設問も多く、質及び透明性の強化が図られている。介護金庫は2008年12月に介護施設用に作成された介護保険法第115条に沿う「質の検査基準82項目」<sup>24</sup>を提出した。この82項目は大まかに5の分野に関しそれぞれ検査基準がある。まず、①介護と医療的世話に関して35項目、②認知症の居住者及び精神医学的症状変化のある居住者の対応について10項目、③社会的世話および日常について10項目、④居住・賄い・家事・衛生について9項目、⑤居住者への調査18項目の5分野である。その82項目の検査結果をカテゴリーごとに1.0(最優)から5.0(不可)までの5段階評価を行い、この評価を単純平均したものを施設の総合評価として5段階で明示される。既に検査は行われその結果も順次公表されている。2009年10月には1057施設の結果が公表されており、その中では12施設が「不可」という評価が下された<sup>25</sup>。それらの施設では即刻改善が義務付けられ、再検査が行われる事となっている。

### Ⅲ 高齢者施設における「改革」後の認知症ケアの現状

#### 1 「改革」へのケア現場の評価

2009年4月末から6月にかけて、認知症高齢者の観察法であるDCM法(Dementia Care Mapping: 認知症ケアマッピング<sup>26</sup>)を2年以上取り入れているドイツの4箇所の高齢者施設(A～D施設と表記)を訪問し、介護ボランティアとして働きながら、現場職員や管理者に対し、認知症ケアの現状や「改革」についてインタビューや資料収集を行った。上記4施設は、施設理念として「パーソン・センタード・ケア<sup>27</sup>」を掲げており、まず共通の

理念という一定の基準認知症ケアが提供されていること、また欧米諸国や日本を始めとする世界共通の評価スケールを持つDCM法を定期的に活用している。私は、短期間で「改革」の現状を把握するために、認知症ケアの質の向上に対し関心が高いとされるこの4施設を選定した。施設ケアの方向性や指針を語る上で、その施設の理念はとても大きな意味を成しているからである。

表10 調査施設概要（2009年7月時点）

	A施設	B施設	C施設	D施設
施設所在地の州	ノルトライン＝ヴェストファーレン州	ハンブルグ州	ブレーメン州	ノルトライン＝ヴェストファーレン州
系統	プロテスタント系非営利組織	有限会社	有限会社	プロテスタント系非営利組織
施設コンセプト	PCC	PCC	PCC	PCC
入居者（女/男）	82人（65/17）	198人（160/38）	61人（42/19）	79人（66/13）
平均要介護度	1.2	1.7	1.7	1.5
人員配置基準	3.4対1	2.4対1	2.2対1	3.2対1
世話アシスタント	2009.4～ 1人配置	未配置	2009.5～ 2人配置	2009.2～ 1.5 <sup>1</sup> 人配置
DCM	2007～年2回	2005～年4回	2007～年2回	2003～年2回
自由の制限措置	あり	なし	あり	なし

1 D施設では週20時間働くスタッフと週10時間働くスタッフを雇用しているため、1.5人と表記する。

表10は、ドイツ北西部の3州に立地する4箇所の高齢者施設の概要である。4箇所とも共通の理念をもっているが、各施設の母体や入居者数など、施設概要は全く違っている。「改革」が施設運営や認知症ケアにどのような影響を与えたのかのインタビューでは、総体としては以下のような回答であった。「改革」は十分ではないにしろ、概ね期待通りのものであるとの評価であった。ただ「改革」が進められたといっても、現場で「改革」が取り入れられたのは最近のことであり、十分な評価が下しにくいというのが現状である。以下は個々の施設による「改革」への評価である。

## A 施設：

介護保険料額が増額したことに対しては保険財政が赤字続киだったことで仕方がないことだと考える。独身であれば介護保険料率は2.2%と一般の人の1.95 %より高額であるが、それに対する国民の反対は聞かれなかった。介護支援拠点設置については、国民の理想である「家にできる限り住み続けたい」ことと、在宅介護を進めたい政府の思いが合致したといえる。その具体化として介護支援拠点の設置は、不十分ではあるが以前よりは良い。また、年一回予告なしにMDKの調査が入り、その結果はホームページでチェックができるため、利用者の施設選択の際の有効な情報源となると思う。

## B 施設：

要介護者を抱える家族などに助言できる専門的教育を受けた人がいなかったが、介護支援拠点を設置したことで困っている人も少なくなった。在宅ケアを推進していくことは当然であり、そうでもしないと介護保険は破綻する考える。認知症ケアがずっと認められていなかったが、施設に世話アシスタントが配置されたことでそれは変わった。しかし、配分方法等が州ごとの裁量で決まり、ハンブルグ州ではまだ実際に給付がされておらず、それに關して、第二次世界大戦後の分権化が今問題となっている。またかかりつけ医<sup>28</sup>問題がある。精神障害の判断が出た場合に直ちに認知症と判断されがちで高齢者施設に入所する人が多い。認知症なのか、精神疾患なのか、という専門的な診断能力において、かかりつけ医の差が問題となっている。

## C 施設：

「改革」でMDKの調査が一年に一度行われることは有益であり、施設の透明性が図れると考えられる。また、介護支援拠点の設置により、認知症について相談できる場所ができ、在宅で認知症の人と暮らす家族の人はとても助かっている。世話アシスタント配置資金の導入により2人のスタッフを新規雇用できた。160時間という研修時間は十分ではないが、彼らは認知症高

齢者にとってとても大切な存在であり、以前と比べると良い。ただし政府がこの職種を低いレベルの仕事であると捉えていることは問題である。

#### D施設：

「改革」は、介護現場の声が後押ししたと考えてよい。大きな変化ではないが、良いスタートである。介護支援拠点については期待通りのものである。世話アシスタントの配置については専門的な学校に通っていたわけではないので、どうしても賃金は安くなる。しかし、外出支援や料理、歌など、とても専門的な仕事であり、セオリーだけでは不十分である。そういった点からも、世話アシスタントの人格がとても重要である。

## 2 世話アシスタントの専門性

### (1) 世話アシスタントの役割と現状

D施設に世話アシスタントが1.5人配属されたのは2009年の2月からである。図2は、D施設で2月から世話アシスタントとして働いているマリアさんのタイムスケジュールである。午前と午後のアクティビティ内容として、歌、ボール遊び、飾りづくり、外出支援、趣味のサポート、体操、裁縫、エクセサイズ、個人のバイオグラフィーを振り返る、バザーレ・スティムラチオン<sup>29</sup>、10分間のアクティビティなどをしているとの事だった。

図2 タイムスケジュール

9：30－11：30	朝食介助
11：00－11：45	アクティビティ
11：45	ランチを厨房に取りに行く
12：00－13：00	リビングにて昼食介助
	食後にベッド臥床かソファででの休憩かを希望される方のサポート
13：00－13：30	休憩
13：30－14：00	病臥の方の部屋を訪れ会話や歌をうたう
14：00－14：30	申し送りに参加
14：30－15：30	コーヒー、ケーキの準備（毎週水曜日はワッフル作り）
15：30－16：40	アクティビティ
16：40－17：00	記録





写真 5 ワッフル作り15時



写真 6 一対一の会話16時

マリアさんにこの仕事を始めたきっかけと魅力、現在抱えている課題についてインタビューを行った。「この仕事はやりがいもあり責任のある仕事でとても楽しいのですが、他方で給料は安く、仕事を続けるのに難しい点もあります。また、9時から17時まで認知症の方と過ごすので、気持ちの面で大変な負担があります。午後から気力が出ないときもあるので、そういう時は昼食の休憩中に隣の公園に行き、気分転換を図っています。でも、名札を見て名前を呼んでくれたり、歌の文句を口ずさんでくれたりしたときなど、些

細なことなのですがとても印象的なことが多く、そんなときにこの仕事の喜びを感じます。」と答えてくれた。

このインタビューから1年後の2010年8月、再度D施設を訪ねた。世話アシスタント配置後1年半が経過し、改めてこの職種の現状について尋ねた。施設長はこの職種の果たす役割は大きく、出来るだけ給料を上げたいがなかなか難しいと話された。認知症高齢者1人当たり100ユーロの支給で25人分の2,500ユーロが施設に入ってくるが、そこから材料費や経費などを引くと、人件費として使える給料は少ないとのことだった。また、別の施設で話を聞くと、週20時間近く働いても支払える給料は800ユーロほどで、精神的プレッシャーを考えると賃金は安いとのことである。

## (2) 世話アシスタント配置への考察

世話アシスタントの具体的な業務内容等を確認することで、この職種の意義深さを感じた。コミュニケーションの業務が必要であるということが明言され、その具体化として世話アシスタントが配置されたことは、高齢者施設における認知症ケアの質の確保において、大きな一歩であるといえるだろう。同時に、認知症高齢者ケア専門の世話アシスタントに求められる資質や専門性は高いものであると考えられる。しかし、現場でもこの施策に対する評価が高い反面、25名に1名という少ない配置基準ではまだまだ不十分であるという声が聞かれた。また、160時間という研修の必要性から誰でもができる職種ではないことがわかるが、専門性の確立までには至らないのが実情である。その仕事は専門的であるが、大学卒や国家資格などの有資格者でないために、低い賃金にもつながっている。また、マリアさんのインタビューからわかるように、常に認知症高齢者ともに過ごさなければならないストレスや、バーンアウトが考えられ、世話アシスタントの精神面をサポートしていく体制が必要である。

## IV 在宅における認知症ケアの支援

### 1 家族支援施策

在宅での家族支援を構想すると、日本の場合では同居家族を想像する。ドイツの場合は違う。介護保険上の家族という言葉はAngehörigeであるが、その対象者は、家族・友人・近隣者・ボランティアというふうにとっても幅広い。基本的に一緒に住んでいなくても世話を行う人であれば、誰でもいいという解釈をして良いのである。在宅介護を受ける場合、金銭給付があるがその受給者もちろんAngehörigeであれば誰でもいい。介護保険制度上での家族の概念が幅広いことに留意し、「改革」の在宅支援施策を考察する。まず、施設介護の場合、介護給付額の引き上げは要介護3の等級のみであったが、在宅介護の場合、全ての等級が引き上げの対象である。介護金庫AOKのデュッセルドルフ支部長ガード氏は、「改革」では在宅での介護を強めるために、特に経済的支援に力を入れたと力強く話された。また同時に認知症高齢者を在宅で支えるのは特別な世話が必要であり、その国民的合意も影響していると話された。

### 2 介護支援拠点の機能

「改革」による介護支援拠点の設置は、介護などについての相談や助言サービスを一か所で行うことで、在宅支援強化の狙いが窺える。今回の「改革」における特徴は介護金庫と疾病金庫による公的な相談機関の設置であり、公益的六福祉団体の垣根を越え、多くの地域資源の情報を集約し、在宅支援の情報を発信する機関としての介護支援拠点の役割や期待は大きい。そこで、その現状を知るために、2009年7月ドイツ北西部にある港町、ブレーマーハーフェンの介護支援拠点と、2010年8月ドイツ中西部にあるデュッセルドルフ市の介護金庫AOK<sup>30</sup>にて、介護支援拠点に関するインタビューを行った。

ブレーマーハーフェンは人口約11万人、ドイツ北部の代表的な貿易港である。その町のブレーマーハーフェンの介護支援拠点を訪問した。街中のビル

の4階にあり、訪問した時は、午後からの相談時間開始前であったにも関わらず、2家族が待機していた。2009年4月に開設したばかりの介護支援拠点ではあるが、2ヶ月間で230人もの相談者が訪問したということだった。実際、その介護支援拠点には相談を必要とする家族であふれかえり、問い合わせの電話がひっきりなしにかかっていた。

この介護支援拠点では2人の職員が対応にあたっていた。介護支援拠点に勤務する職員の要件は、2週間の高齢者施設での介護実習を含む14週間の研修を終えた者とのことだった。この介護支援拠点職員は、介護金庫と疾病金庫のから1人ずつ配置され、様々な相談に対応していた。職員はそれぞれの部署からの出向という形態での採用であるため、介護金庫と疾病金庫からそれぞれに支払われている。主な相談内容としては、①地域で利用できる高齢者施設の名称や連絡先等について、②施設やサービスを利用するための手段、③社会扶助（日本の生活保護）や介護保険の給付、④認知症ケアについて、⑤現在利用している施設に対する苦情、⑥様々なサービスとのコーディネート要望などが多いとのことであった。この介護支援拠点は設置趣旨において中立の立場であり、様々な機関やサービスの利用手段などの情報を伝えるだけである。例えば相談者から「どの施設が一番質の高いケアをしていますか」と尋ねられたとしても、決してそれに対する答えを言うてはならないとしている。サービスの紹介という情報提供だけにとどまり、公正な相談援助機関としての役割を果たしていた。ブレーマーハーフェン介護支援拠点の職員カーステン氏は、今後の展開として、セルフヘルプグループの創設・活動場所の提供、重度心身障害児に対する補償制度の創設、在宅ケアを受けている方の自宅訪問を行い可能なコーディネートを行っていきたいと話された。お話を伺いながら、地域の様々なニーズに即した介護支援拠点のあり方を模索している段階、と推察した。

2010年7月、介護保険の保険者でもある介護金庫AOKのデュッセルドルフ支部長ガード氏にお話を伺った。ノルトライン＝ヴェストファーレン州の州都でもあるデュッセルドルフ市は人口58万人の第三次産業を中心とした



写真 7 家族の相談に応じるスタッフ

市である。この市には介護支援拠点が設置されていない。介護支援拠点に対する評価について何うと、まず、必要がないという返答であった。介護支援拠点の特徴はその地域の福祉サービス情報を簡単に入手ができ、それぞれの機関の職員が配置されていることでの確かな助言を行うという点にある。しかし、以前からそういった相談に対しては既存の公益的六福祉団体が実施しており、そのメリットを感じられない。また、大都市である分、福祉サービスの種類や量といった点においても整備を行う上での難しさを伴い、人的・経済的側面から考えても、現段階における介護支援拠点設置はないだろうという回答であった。

### 3 介護支援拠点に対する考察

介護支援拠点が設置されている自治体では、個別的かつ包括的な相談・援助が可能となり在宅ケア支援の強化につながっている。しかし、インタビューからも分かるように、設置に対して賛同しない自治体がある。介護支援拠点の設置が提案されているが、全自治体に設置されるまでにはもう少し時間がかかるようである。

相談援助機能は従来から公益的六福祉団体が担ってきたのであるが、サービス利用に関する情報提供に関連福祉団体の紹介といった偏りがみられていたため、多彩な地域資源の情報収集は困難であった。図3のように、介護支援拠点が地域の様々な情報を集約し、相談にきた利用者に対し、片寄りのな

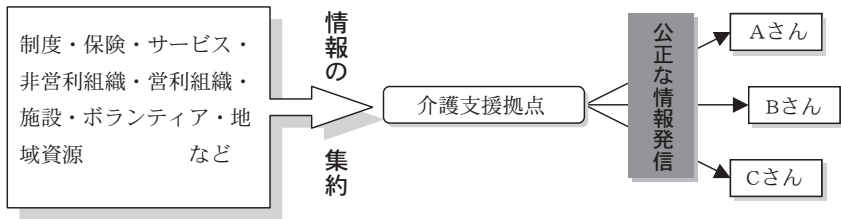


図3 介護支援拠点の機能

い情報発信を行うことで、利用者一人ひとりにあった的確なケースマネジメント・サービス選択の機会を持つことが出来ていた。また、老人だけでなく、子どもから障害者まですべての在宅ケアを行っている人々を相談援助対象としているため、地域の総合的相談窓口として機能している点は非常に大きな意義を持つ、と考える。日本の相談機関と違って相談者が幅広いのが特徴的である。ニーズの多様化と対応の柔軟性が求められる介護支援拠点職員への求められる専門性も高く、ソーシャルワークの視点をもった活躍が期待されている。

## おわりに

身体的ケアが重視されていた「改革」改正前に比べると、「改革」は認知症高齢者の生活の質を向上させる点に目標がおかれた。世話アシスタントという新たな職種が配置されたことで、一人ひとりの思いに向き合いその人自身を尊重した暮らしの支援につながっていた。しかし、賃金は安く、安価なスタッフとしてしか評価されていない現状がある。今後、世話アシスタントという職種が正当に評価され、認知症ケアにおける全体的な質の向上とケアの標準化につながることを期待したい。

介護支援拠点の創設は地域で要介護者を支えるというスタンスを明確にした。しかし、国の掲げる設置目標にはほど遠く、又、地域のニーズにそぐわない現状もあるということも分かった。2009年2月、厚生労働省はドイツ・フランス・日本の3カ国介護シンポジウムを開催した。その場でドイツ連邦

保健省の政務次官は、2008年に改正した介護保険制度が、とくに認知症患者のケアに重点をおいたことを説明すると共に、「改正の際に、日本からはケアマネジメントを学んだほか、介護支援拠点を設置するなど、日本の地域包括支援センターのようなアイデアを取り入れた」と述べている<sup>31</sup>。各々の国でその国にあったシステム作りがなされ、今他国の創意工夫を参考にしながら互いに学びつつ自国の制度発展につなげていくことの意義が感じられた。

今回は共通の理念をもつ認知症ケア施設における実態報告とともに、認知症ケア関連の「改革」について考察を行った。「改革」から二年が過ぎたわけだが、政策の施行の実態調査に関しては限界があったといえる。介護保険制度の改革は継続しており、引き続き今後の経過を注視していきたい。

## 注

- 1 総務省統計局 平成22年10月時点
- 2 厚生労働省 平成22年10月時点
- 3 ドイツの国土面積は35.7万平方キロメートルであり、日本とほぼ変わらない。また人口は8,232万人と、ヨーロッパの国の中で最大の人数である。ドイツは世界有数の先進工業国であるとともに貿易大国である。GDPの規模ではアメリカ、日本に次いで世界第3位であり、欧州内では第1位である。
- 4 厚生労働省 世界の厚生労働 2010
- 5 ドイツ連邦保健省ホームページ参照 Bundesministerium für Gesundheit <http://www.bmg.bund.de/>
- 6 Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 「Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen — Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie beispiele für “Good Practice” —」 2007.11
- 7 公益的六福祉団体とは公益性を目的として全国的に組織された六つの

団体であり、その母体は主にカトリックやプロテスタントといった教会系や赤十字などが担っている。ドイツの社会保障サービスの多くをこの公益的六福祉団体が担っている。公益的六福祉団体：プロテスタント系「ディアコニー」、カトリック系「カリタス」、ユダヤ系「中央福祉会」、労働組合の「労働者福祉会」、ドイツ赤十字社、無党派系の福祉団体「パリテト」

- 8 エルゴセラピーは運動を行いながら機能の回復をめざし、日常生活を行うことを目指す訓練療法である。
- 9 ナオミ・フェイルの提唱した認知症の人とのコミュニケーション方法であるバリデーションのことで、6-8人のグループを作り各々が役割をもち様々な取り組みを行うことで相互交流を促す。
- 10 オランダで考案された療法で、光、音、におい、振動、温度、触覚の素材などを組み合わせたトータルリラクゼーションの部屋で認知症の人がリラックスして過ごす。
- 11 葉草・花などの香りの成分であるアロマオイルを用いて神経の沈静やストレスの軽減を図る療法。
- 12 小早川俊哉2007「ドイツの介護保険-Soziale Pflegeversicherung-」『道都大学紀要』道都大学社会福祉学部第32号
- 13 対象となる日常生活には、身体衛生、食事、移動、家事の、4つのADLの面が挙げられる。
- 14 MDK (Medezinischer Dienst der Krankenversicherung)：疾病保険のメディカルサービスである。本来は疾病金庫の事業に関連する医学的審査や医療上の問題に関する助言を行うことを任務としているが、介護保険の実施に伴って介護保険者から要介護認定および質の審査を委託されている。
- 15 上田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著2008『社会保障改革—日本とドイツの挑戦—』ミネルヴァ書房 105頁
- 16 田近栄治2007「ドイツから見た日本の介護保険」『健康保険』第61巻



- 17 松本勝明2007『ドイツの社会保障論—介護保険—』信山社 56頁
- 18 上田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著2008、前掲110頁
- 19 Bundesministerium für Gesundheit 2008「Das bringt die Pflegereform 2008」
- 20 「毎日新聞」(2009年2月12日付) 13面
- 21 河口洋行・田近栄治・油井雄二2010「デンマーク及びドイツの医療・介護制度—日本での地域ケアの推進と財政規律の堅持への示唆—中」『社会保険旬報』No.2436
- 22 Richtlinien nach § 87b abs.3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte RI vom 19.August 2008)
- 23 田中謙一2009「ドイツの2008年介護改革」『週刊社会保障』No.2512
- 24 Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI「Vereinbarung nach § 115 Abs.1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger prüfergebnisse in der stationären Pflege」2008.12
- 25 小槌治宣2010「ドイツ介護改革のゆくえ」『週刊社会保障』No.2573
- 26 パーソン・センタード・ケア理念を反映させ、「利用者（認知症の人）の立場に立って、ケアの質を評価するもの」である観察ツール。ケアの現場を第三者（マッパー）が客観的に「利用者の立場」から評価し、観察・評価した内容を現場にフィードバックし、スタッフと一緒に今後のケアプランやサービス内容を考える方法。
- 27 英国ブラッドフォード大学の老年心理学の故トム・キットウッド教授がこれからの認知症ケアのあるべき姿として、1980年代後半に認知症ケアの現場で働く人達に示した理念。介護専門職はその人の立場に立った理解を重視して認知症に苦しむ人々の健康状態を最高のレベルに維持し

個人のニーズに対応することで、認知症に苦しむ人々が能力を発揮できるように支援する。

28 ドイツではかかりつけ医制度をとっている。体調不良時はまず、かかりつけ医の診断を受けその後、病院で受診するという流れがあり、かかりつけ医の診断が重要である。

29 ドイツで1980年頃に考え出された重度障害児の非言語的情報伝達を活用したコミュニケーション方法。昏睡の患者、意識レベルの低い患者、感覚を障害された患者にも対応できることが分かり1998年よりドイツの看護教育にも取り入れられている。最近では重度の認知症患者にも有効とされる。

30 ドイツ最大の地域保険組合であり、介護保険の保険者でもある。

31 「ドイツが日本参考に改革—介護問題で日独仏シンポジウム—」『週刊社会保障』No.2518

## **The development of the dementia care in Germany: care reform 2008**

### Abstract

On July 2008, Germany underwent the reform of the care system with its emphasis on the improvement of the dementia care. How is the reform actualized in the practices of the care giving? In this article, the progress of the reform is examined through the observation of the work front and the caregivers' opinions about the reform.

Firstly, the actual state of the dementia care giving in Germany's nursing homes is discussed based on the report that the federal government put together. Secondly, the background and the outline of the reform relevant to the dementia care is explained. Thirdly, based on the results of the interviews to personals of various institutions, the current situation of the dementia care both at nursing homes and at home, is summarized.

This article's objective is to examine the reform by revealing the issues surrounding Germany's dementia care in the first and the second year after the reform.